

OMNIA SAÚDE

DUARTE, Lúcia Castro Silva; RUMIN, Cassiano Ricardo. Práticas assistenciais e Psicologia da Saúde: enlaces e proposições técnicas. Omnia Saúde, v.5, supl., p.29-44, 2008.

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E PSICOLOGIA DA SAÚDE: ENLACES E PROPOSIÇÕES TÉCNICAS

PRACTICAL ASSISTANCE AND HEALTH PSYCHOLOGY: TECHNICAL LINKS AND PROPOSALS

Lúcia Castro Silva Duarte

Especialista em Psicologia da Saúde (FAI)

Cassiano Ricardo Rumin

Mestre em Ciências Médicas (FMRP/USP)

RESUMO

Durante o desenvolvimento histórico da Psicologia sedimentou-se a perspectiva de que a prática profissional estava restrita a enquadres específicos. Contudo, diversos condicionantes alavancaram as práticas dirigidas à comunidade, preconizando a rua e o domicílio como setting. Neste sentido o presente trabalho teve o objetivo de oferecer acolhimento ao sofrimento psíquico de famílias atendidas pela Associação Assistencial do Pão de Santo Antonio de Adamantina (SP). Como metodologia de intervenção utilizou-se as visitas domiciliares e empregou-se a psicoterapia breve como técnica terapêutica. Os resultados indicaram que o acolhimento a conflitos familiares de grande complexidade, a mobilização para o enfrentamento de situações de risco social e intervenções ligadas a reabilitação, se apresentaram como situações que se beneficiaram da intervenção em Psicologia. Apesar de não se estabelecerem como situações preponderantes de agravo à saúde mental foi possível que a prática interpretativa resignificasse a condição de existência. A análise das complexas relações de sociabilidade que se ordenam na singularidade afetiva instrumentaliza o indivíduo para o engajamento às ações promotoras da cidadania.

Palavras-chaves: Psicologia Comunitária; Visita Domiciliar; Psicologia da Saúde

ABSTRACT

During the historical development of psychology is cemented the view that the practice was restricted to a specific framework. However, several constraints leveraged practices directed at the community, advocating the street and the home like setting. In this sense the present work aimed to offer shelter to the psychological distress of families served by the Healthcare Association of the Bread of St. Anthony of Adamantina (SP). As intervention methodology we used home visits and employed to brief psychotherapy as a therapeutic technique. The results indicated that the host family conflict of great complexity, the mobilization for coping with situations of social risk and interventions related to rehabilitation, presented as situations that have benefited from intervention in Psychology. Although not establish themselves as compelling situations of deteriorating mental health was an interpretative practice that can reframe the existing condition. The

analysis of complex social relationships that are ordered in the affective singularity instrumentalizes the individual to engage in actions that promote citizenship.

Key words: Community Psychology; Home Visit; Health Psychology

INTRODUÇÃO

Durante o desenvolvimento histórico da Psicologia sedimentou-se a perspectiva de que a prática profissional só se desenvolve em cenários e enquadramentos específicos, onde é restrito ao psicólogo a detenção do suposto saber da área de saúde mental. No entanto, os seguintes fatores contribuíram para a remodelação das práticas em Psicologia:

- a) a urgência de estabelecer ações políticas e de orientação comunitária como respostas às crises ditatoriais e políticas das décadas de 1970 a 1990 (SCARPARO e GUARESCHI, 2007);
- b) a aprovação do Sistema Único de Saúde na constituição Federal de 1988 que estendeu a toda a população brasileira os serviços de saúde;
- c) as reorganizações da rede básica de saúde com a viabilidade de projetos em prol da saúde da família (SOARES, 2005; GAMA e KODA, 2008);
- d) a definição de políticas de Assistência Social para conter a vulnerabilidade e o risco social de camadas da população (XIMENES, PAULA e BARROS, 2009).

Os condicionantes citados acima serviram de alavancas para a aproximação com as comunidades, redirecionando alguns princípios da formação profissional visando suprir as necessidades de saúde da população menos favorecida utilizando a rua e o domicílio como settings (SOUSA e CURY, 2009).

Estabelece-se a fundamentação da ação profissional do Psicólogo na área da higiene mental que de acordo com Bleger (1996), consiste nas atividades e técnicas que promovem e mantêm a saúde mental. O autor acrescenta ainda que a prática do psicólogo não se atem às terapias da neuroses e psicoses e sim a prevenção, tratando e intervindo nos processos psicológicos que ameaçam a estrutura da personalidade e dificulta as relações humanas.

A atuação profissional ligada à psico-higiene abrange uma perspectiva ampliada para além da doença e do doente, analisando a complexidade das relações sociais que se alinham no cotidiano dos indivíduos e de suas comunidades (PIETROLUONGO e REZENDE, 2007).

As redes assistenciais em grande número agem como continentes da queixa, ou seja, oferecem um suporte emergencial à condição crítica sem propiciar o desenvolvimento da autonomia. Já as práticas psicológicas comunitárias visam diminuir a dependência do usuário em relação ao sistema de saúde de maior complexidade, promovendo a atenção primária (SPINK, 2003). Prioriza a prevenção de doenças, potencializando melhores condições de vida no aspecto biopsicossocial, resgatando a dignidade e a plena cidadania do sujeito (OLIVEIRA et al, 2008).

Dessa forma, ao não atender ao caráter assistencialista que historicamente caracteriza as entidades que articulam projetos às necessidades comunitárias, as práticas psicológicas

proporcionam o surgimento de sujeitos engajados na integralização do acesso aos direitos civis e recursos determinantes de saúde.

Os recursos utilizados na atuação comunitária são o conhecimento e as técnicas psicológicas do enfoque clínico, de observação rigorosa, metódica, prolongada, intensiva e profunda da dinâmica familiar e das relações de sociabilidade. De acordo com Andrade e Simon, (2009), as modalidades de clínica, se reformuladas, alargarão o foco de intervenção transformando-as numa prática clínica ampliada. Bleger (2003) afirma a modalidade clínica como uma indagação operativa por meio de interpretações, num interjogo de papéis com os indivíduos e o terapeuta, numa observação participante.

A atenção Básica e a contribuição da Psicologia da Saúde

Ao longo do período de aplicação dos princípios do SUS, a atenção básica de saúde realizada por profissionais de Psicologia foi direcionada para atender determinantes de agravo à saúde da coletividade, procurando comprometer-se com os direitos sociais e a própria cidadania dos sujeitos. Tais ações são orientadas pela Psicologia Social da Saúde que, segundo Spink (2003):

“tem como características principais à atuação centrada em uma perspectiva coletiva e o comprometimento com os direitos sociais e com a cidadania. Rompe, portanto, enfoques mais tradicionais centrados no indivíduo. A atuação se dá principalmente nos serviços de atenção primária à saúde, focaliza a prevenção da doença e a promoção da saúde e incentiva os atores sociais envolvidos para a geração de propostas de transformação do ambiente em que vivem. Trata-se, portanto de um processo de transformação crítica e democrática que potencializa e fortalece a qualidade de vida” (SPINK, 2003 p. 132).

Segundo a Portaria Nº 648 GM/2006, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), (BRASIL, 2006) define Atenção Básica como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (...) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006 p. 2).

Com as mudanças nas políticas sociais e conseqüentemente no sistema de saúde a visita domiciliar é retomada como prática dos profissionais que trabalham nas Estratégia da Saúde da Família atendendo a necessidade de integração da equipe profissional, cliente e sua família. De acordo com Duarte e Diogo (2000, apud LACERDA et al 2006) esta mudança decorre do envelhecimento populacional e conseqüente aumento das doenças

crônico-não transmissíveis; do encarecimento dos custos do sistema hospitalar aliando-se ao avanço tecnológico possibilitando maior taxa de sobrevivência das pessoas; da crescente conscientização da população pelos direitos à saúde; da procura por novos campos de atuação por parte dos profissionais de saúde e da reorganização da política nacional de atenção básica.

Acrescenta ainda Santos e Kirschbaum (2008), que as visitas domiciliares são um instrumento facilitador da compreensão da dinâmica familiar e suas interferências no processo de restabelecimento da saúde. É uma prática de atendimento investigativo dirigida ao indivíduo em seu meio social e familiar. Segundo Lacerda et al (2006), no Brasil, tais ações profissionais recebem denominações variadas como; “home health care”, “domiciliary care”, atendimento domiciliar à saúde, atenção domiciliar, visita domiciliária, cuidado domiciliar, cuidados de saúde no domicílio entre outros.

No Brasil as visitas domiciliares tiveram início com as atividades de enfermagem na década de 1920 por meio de assistência preventiva às famílias, com o intuito de modificar a realidade epidemiológica da época. Essa forma de atuação perdurou até a década de 1940 sendo esquecida no período da ditadura militar, ressurgindo entre as décadas de 1970 a 1990, com a reforma sanitária, buscando garantir uma assistência universal, integral e equânime a toda população brasileira (SANTOS, e KIRSCHBAUM, 2008).

Com a reformulação do programa de atenção a saúde, criou-se a exigência de equipes multidisciplinares compostas por diversos profissionais da saúde entre eles: um médico, um enfermeiro, um dentista, um psicólogo e um fisioterapeuta que juntos participam da promoção da saúde da população menos favorecida em suas residências e comunidades.

A visita domiciliar e a ação em Psicologia

A atuação dos profissionais da saúde que utilizam a visita domiciliar alcança a relação doente/família que se materializa em um sentido metafórico. Pode-se perceber a funcionalidade do sintoma em seu significado mais abrangente, que expressa formas de lidar com a doença no intuito de minimizar o sofrimento (PUSCHEL, IDE e CHAVES, 2006).

Esse meio de atuação é atingido pelo olhar facilitador do acolhimento que transfere o foco da doença para o doente. O acolher é o estar com, é o estar perto, é o compreender a desestruturação em que o sujeito se encontra favorecendo a abertura de um canal propiciador para o emergir das mais íntimas necessidades e desejos que, cristalizados no decorrer dos anos, vem a tona pela efetivação da vinculação terapêutica conseguida através desse espaço acolhedor (BRASIL, 2006).

O discurso do paciente, mesmo que em ordem desconexa, constrói algum sentido e enuncia algo de sua vivência transmitindo formas de agir no dia a dia. Ao se formar um entendimento mais preciso em relação a demanda afetiva exposta, esta é reordenada e apresentada numa sentença interpretativa. O se ver frente a uma nova ótica de seu sofrimento possibilita a mudança do olhar que produz a compreensão das expressões manifestas no viver de seu sofrimento.

Na interpretação, o profissional por meio de uma escuta divergente, (HERRMANN, 2001), isto é, uma escuta que se realiza de um outro campo emocional, atenta a alguma representação angustiante que possa passar despercebidamente pela fala do paciente, lhe possibilita a compreensão do significado que este está a transmitir.

De acordo com Bleger (2003), o material colhido na visita, os desejos emergentes e as pistas de situações vivenciadas pelo paciente, são utilizadas pelo profissional para a compreensão da situação problema em benefício da intervenção terapêutica realizando-se assim a interpretação de seus sentimentos em formas concretas de se relacionar no seu existir. Acontece a ruptura de campo após o interpretar do que se é perspicazmente entendido na sessão. Quando o que foi simbolicamente apresentado, mesmo que não totalmente consciente para quem apresentou é decifrado, há uma expectativa sobre o que se passa, pois a ordenação de sua fala pelo terapeuta, foi significativa ao seu sofrimento e aí então, espera-se pela formação de uma nova representação sobre o que foi vivenciado, pois a situação conflitante anterior fora desativada pela ruptura de campo.

Herrmann (2001) ressalta que as representações retidas explodem no paciente e sucede o libertar do aprisionamento em que se mantinha mesmo com pesar. Deste modo, as idéias já começam a tomar um caminho, quando já se consegue ver a delimitação do que era e do que se formou e ainda, das formas que podem vir a ter, ou seja, ao sair da expectativa de transito rompe-se o campo em que se encontrava mergulhado.

Knobel (1984) vem nos clarear afirmando que a interpretação a nível verbal é de fundamental importância para o sucesso do processo psicoterápico, pois ao ser devolvida ao paciente, possibilita a internalização e a resignificação, ou seja, a elaboração dos sentimentos experimentados oferecendo-lhe meios para reconhecer situações de risco futuros que possam causar-lhe sofrimento. As emoções revividas afloram e se misturam. Através de sentenças interpretativas, ou do encadeamento que é feito sobre a dinâmica do padecer, do adoecimento, das pistas captadas com precisão e oportunamente apresentadas de forma compreensível confere sentido no vivenciar de seu sofrimento.

O experienciar desse espaço de trânsito nos sentimentos ainda não completamente uniformes a vagar entre dois campos delimitados pela interpretação, é de acordo com Herrmann (2001) a experiência da expectativa de trânsito, ou seja, o estado transitório entre aquilo que representava ao indivíduo e ao que foi configurado pela interpretação, para então possivelmente se consolidar em nova representação da experiência subjetiva. Até que o indivíduo possa se identificar com esse novo campo oferecido pela prática interpretativa, se mantém em expectativa de trânsito, transitando entre seu campo rompido e o novo campo apresentado (RUMIN e MUNHOZ, 2008).

Nesse espaço reflexivo atemporal se dá então a compreensão, a internalização do determinante que lhe causa dor, ocorre o insight, viabilizando a produção de condições para o enfrentamento do futuro caminhar de sua vida. O ato de analisar as idéias que para o paciente são significativas e que nos foi transmitida, ativa o desbloquear de um campo, conduzindo a um questionamento reflexivo, pela ação da expectativa de transito atualizando-se emocionalmente na situação conflituosa vivenciada com menor carga afetiva. Há então uma abertura de relações novas, que Herrmann (2001), denomina como vórtice, onde o paciente rememora, revive acontecimentos que lhe foram penosos com

outro olhar, com um peso emocional diferente do vivenciado quando na situação original, produzindo-se dessa forma uma nova dimensão para o seu existir.

Metodologia

O trabalho foi realizado por meio de visitas domiciliares às residências das famílias assistidas pela Associação Assistencial do Pão de Santo Antonio de Adamantina (SP) a partir do mês de agosto de 2010. Desenvolveu-se num enfoque qualitativo, tendo como base teórica a Psicologia Social da Saúde com atendimentos que utilizavam o domicílio como setting.

A técnica de atendimento foi fundamentada na psicoterapia breve de orientação psicanalítica de curta duração. A proposição de ofertar um dispositivo em saúde mental que visava a diminuição da dependência das famílias em relação aos sistemas assistenciais considerava “a desconstrução de estabilidades conhecidas e reconhecidas, para que se produza o desvendamento daquilo que, enquanto inconsciente, é determinante e não está sob controle da consciência” (GUIRADO, 1991 p. 25).

A escolha da psicoterapia breve como técnica se deve ao fato de entender que o foco do dispositivo terapêutico deve ser estruturado, pois se origina de uma situação-problema, de uma ação descompensadora que faz aflorar conflitos que barram o desenvolvimento do indivíduo. Conforme elucida Braier (2000), essa forma de atuação psicodinâmica, por ser ativa e funcionar dentro de uma abordagem flexível torna possível a produção de um princípio de insight.

As visitas para triagem se realizaram de agosto a novembro de 2010, envolvendo 28 famílias designadas pela Associação Assistencial do Pão de Santo Antonio de Adamantina, (SP). A triagem das demandas expostas pelos indivíduos e familiares pautaram-se no reconhecimento da alteridade e no diálogo, como indica Campos (2006), atua na busca de reordenações para uma mudança da realidade vivida a partir de uma ética da solidariedade em prol da melhoria da qualidade de vida da população focalizada.

Num segundo momento realizou-se visitas domiciliares àquelas famílias em que se distinguiu demandas em saúde mental como campo para a intervenção em Psicologia. A proposição do acolhimento como recurso terapêutico possibilitou a compreensão dos vínculos organizados pela família para o enfrentamento de suas necessidades (PUSCHEL, IDE e CHAVES, 2006).

O acolhimento, conforme destaca França (2006), propicia a delimitação do desejo do indivíduo, permitindo o seu constituir como sujeito ao se deparar com a aceitação sem reservas do terapeuta. O interessar-se pelo outro com olhar sem julgamento numa demonstração de estar ao lado de, um olhar que transfere o foco da doença para o doente leva-o a compreender-se como enfatiza Hermann (1999), como ser de direito e merecedor de confiança pela abertura facilitadora do terapeuta ao desejo de tais representações se manifestarem, possibilitando o minimizar de seu sofrimento.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é oferecer acolhimento ao sofrimento psíquico de famílias atendidas pela Associação Assistencial do Pão de Santo Antonio de Adamantina, (SP). Esta prática constitui-se como um campo de atuação para o profissional psicólogo na área da atenção primária em saúde às famílias na comunidade, privilegiando a prevenção e a promoção da saúde coletiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Associação Assistencial do Pão de Santo Antonio de Adamantina, SP, é uma associação filantrópica fundada em 1º de julho de 1980, sem fins lucrativos e tem como objetivo proporcionar as famílias assistidas melhores condições de vida no aspecto social e econômico. A entidade é cadastrada no programa da Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) da qual recebe colaboração para composição das cestas básicas de alimentos.

Atende cerca de 80 famílias mensalmente que são cadastradas após avaliação do perfil sócioeconômico. Recebem uma cesta básica de acordo com o número de pessoas e suas necessidades, sendo encaminhadas para órgãos públicos quando necessário para atendimento na área jurídica, hospitalar e de assistência social. Para ter acesso ao auxílio da entidade, as famílias que se encontram em vulnerabilidade se apresentam na secretaria da igreja fazendo o pedido ou são indicadas por outros, geralmente por algum vizinho ou voluntário da entidade.

Dessa forma os atendimentos dirigiram-se não somente aos indivíduos com agravos mentais, mas também os conflitos familiares, as reabilitações e situações aquém da perspectiva restrita do sofrimento psíquico, que se beneficiariam com a atenção psicológica. Fez-se um planejamento para a abordagem das famílias a serem visitadas, dividindo-as em grupos por proximidade de localização, objetivando a redução de custos em locomoção e para melhor aproveitamento do tempo de deslocamento.

Na primeira visita realizou-se uma triagem das demandas expostas pelos indivíduos e familiares com registros das observações de campo. Nestas ocasiões nos dispusemos para eventuais necessidades de prevenção e promoção da saúde mental deixando clara a posição da intervenção em parceria com o Pão de Santo Antonio. Enfatizou-se o serviço profissional apto para as possíveis intervenções psicológicas que se fizessem necessárias.

Das 28 famílias triadas, duas não foram encontradas por erro no endereço, outras duas estavam viajando e em três famílias os responsáveis estavam em horário de serviço incompatível com o das visitantes domiciliares. Das famílias restantes, sete afirmaram não precisar de acolhimento psicológico e duas deixaram de receber o auxílio por falecimento do beneficiário, (um convalescendo de cirurgia do intestino com suspeita clínica de câncer e outro em recuperação de cirurgia do estômago com complicações renais), e ainda outra, que se mudou para a área rural do município.

Em seguida, após uma avaliação psicodinâmica averiguou-se as condições de enfrentamento do paciente, familiares e cuidador, frente à situação de doença ou de conflito vivenciado e potencialidades para o enfrentamento das respectivas situações. Neste ponto, efetivou-se um prognóstico com encaminhamento aos serviços jurídicos

de assistência social ou a intervenção em Psicologia tomando como parâmetro a estruturação da autonomia a partir dos conflitos que os pacientes vivenciam quando submetidos a novas perspectivas de relação com seu corpo e com os espaços de sociabilidade (LAHAM, 2004).

A institucionalização do agravo à saúde mental no espaço domiciliar

Trata-se de uma família composta por 5 irmãos adultos. Uma é portadora de síndrome de Down, outro vive recluso ao quarto dos fundos nos intervalos das internações psiquiátricas, um terceiro é considerado deficiente mental com agravos a saúde decorrente do alcoolismo, uma irmã, ex-interna de uma clínica psiquiátrica que responde pelos trabalhos domésticos, apresenta fala ininterrupta e agressividade na recepção impedindo qualquer tipo de abertura para o espaço externo e J., o que nos atendeu mesmo contra a vontade da irmã. Apresenta desorganização mental, fala que as verduras e frutas que cultivam são envenenadas pela vizinhança e pelas crianças do bairro, que os estigmatizam com pedradas e risos. Tem dificuldade na fala e se nega a circular pelo espaço social, olhando-o apenas, pelo portão entreaberto por onde nos recebeu. Em uma das visitas deixa que se entenda que a irmã representa um fator limitante para sua circulação, mas enfatiza a proteção oferecida por ela.

Convivem em uma dinâmica simbiótica, se mantendo dentro dos limites da residência não admitindo a entrada de ninguém. Quando tem alimento, comem sem parar, ficando sem o que comer até que seja providenciado o suprimento de suas necessidades por uma cunhada que os supervisiona.

Esta família vive um processo de institucionalização dentro dos limites da própria residência. A restrição da circulação social reforça a dependência em relação à figura da irmã. Não se questiona a importância desta integrante da família na continência da persecutoriedade dos seus irmãos. Entretanto enfatiza-se o risco da perda desta figura continente; caso ela faleça ou adoça a família vivenciaria o desterramento de suas ordenações cotidianas. É plausível a configuração desta situação como uma “ruptura catastrófica” com seus conseqüentes efeitos psicotizantes. Castelo Filho (2004, p 208) destaca que, “à catástrofe implica uma completa reversão de perspectiva. Pode ser vivida como potencialmente disruptiva e destrutiva”.

Na tentativa de fomentar outro membro da família como possível cuidador, buscou-se conter o efeito disruptivo e destrutivo de uma possível ausência da irmã cuidadora. Tal perspectiva era encarada pela mesma como um questionamento de suas ações de cuidados à família. O cliente afirmava que qualquer movimento em direção a constituição de autonomia era vivenciado na família como uma traição. A proposição de desenvolver vínculos societários que lançassem o indivíduo na participação social plena, era atacada no espaço psíquico familiar.

A cisão dos afetos apresentava-se na estruturação discursiva pela ameaça representada pelos elementos externos a família (vizinhos, transeuntes, profissionais da saúde). Esta ameaça era materializada na ênfase dada a irmã cuidadora de que as frutas que haviam no quintal da residência não podiam ser consumidas, pois os vizinhos teriam envenenado-as para mata-los. Neste exemplo, encontra-se a expressão do temor associados aos componentes da comunidade e visualiza-se a exploração da persecutoriedade como elemento de controle dos irmãos. Até mesmo cuidados em saúde

não podem ser buscados em virtude da ameaça presente na confluência de vínculos com a comunidade.

Percebeu-se o sentimento de apropriação da irmã cuidadora para com todos, fomentando a exclusão social da família e a submissão dos que com ela convive. Ressalta-se a constrição dos afetos que permeia todo o relacionamento familiar e a intervenção psicológica se fez presente para intermediar o sofrimento do calado, pois segundo Müller (2005b, citado por MÜLLER, BEIRAS e CRUZ, 2007), a mediação de conflitos vem a ser uma estratégia utilizada para que sobressaia o desejo de ambas as partes, “por isso, o acordo mediado traz uma solução mutuamente aceitável e será estruturado de forma a preservar as relações dos envolvidos no conflito” (MÜLLER, 2005b).

A técnica de mediação empregada nesta intervenção possibilita a preservação de alguma parcela do espaço social sem a impregnação de elementos persecutórios. Os profissionais em psicologia podem representar um elemento intrusivo ao mobilizarem alguma reordenação dos afetos entre os familiares. No caso em questão, o desejo de apropriar-se dos espaços comunitários (até mesmo dos serviços oferecidos pelo Centro de Atenção Psicossocial) esbarrava frontalmente nas fantasias da irmã cuidadora. Por isso constituiu-se o reconhecimento da realidade externa, ou seja, a sobrecarga que recai sobre a irmã cuidadora e também as situações de impotência quando a mesma não conseguia suprir as necessidades da família, por considerar o espaço de sociabilidade como um elemento persecutório. Após esse procedimento articulou-se a possibilidade do cliente auxiliá-la no cotidiano familiar, especialmente, nas funções tomadas como aterrorizantes para ela. Entre estas situações encontrava-se a busca por medicamentos nos serviços de saúde e até mesmo alimentos.

A função mediadora estabelecida pelos profissionais de psicologia destacava o reconhecimento da realidade externa sem que houvesse um embate entre direitos e posições no aparato da família. Conforme destaca Segal (1998 p. 48) “o reconhecimento da realidade externa (...) é inextricavelmente ligado ao reconhecimento da realidade interna dos próprios desejos e fantasias”. Esse reconhecimento requer a capacidade de tolerar lapsos de satisfação e conseqüentemente, a própria ambivalência em relação ao objeto desejado.

O reconhecimento da ambivalência é um fundamento que propicia o investimento de afetos no espaço social. Se por um lado as relações de sociabilidade podem ser hostis e frustradoras, podem também propiciar satisfação aos desejos e continência a momentos críticos (como no caso dos serviços de saúde). Enfatiza-se que a mediação desdobra sentidos para além da resolução de um conflito

“ela pode mudar a “organização das fantasias primitivas, que distorcem a percepção, levando a atos compulsivos, para uma organização que permita um aumento da capacidade de testar a realidade. Esta mudança se reflete então, na natureza e na função das fantasias, refletindo basicamente a mudança da organização esquizo-paranóide para a posição esquizo-depressiva” (SEGAL, 1998, p.489).

Representação sobre o casamento e a doença: o foco na dialogicidade

Sr. L, 70 anos, aposentado por invalidez e acamado devido a 4 AVC. A esposa posiciona-se como cuidadora e queixou-se da agressividade com que é tratada e do fluxo de atenção exigida pelo marido, deixando-a sem tempo para cuidados com a própria higiene e saúde. Relata vivências relacionadas a traições do marido e diz sofrer diversas dores. Afirma que gostaria de poder ouvir uma música de sua escolha ou fazer algo com tempo para si a fim de se distrair um pouco, mas a sobrecarga como cuidadora a ocupa 24 horas por dia. Destaca que se tentasse se afastar um pouco do doente rapidamente era chamada para qualquer emergência, que segundo ela não se fazia necessária.

Percebeu-se como foco da queixa, o conflito existente pela incompreensão do outro como ser de desejo e de direitos. A esposa informa-nos de que o esposo fuma intensamente e queixa-se de qualquer barulho. Tem o rádio perto da cama somente para saber as horas. Apresenta dificuldade na fala e consegue se fazer entender com um pouco de esforço. Evitou a proximidade, mas possibilitou abertura para a estruturação de um vínculo.

A escuta das situações de sofrimento articuladas ao corpo parcialmente paralisado pelos acidentes vasculares mobilizou a agressividade decorrente da limitada autonomia e da conseqüente ruptura da função de provedor. Discutiu-se as projeções de suas limitações nas relações familiares com o estabelecimento de paralelos entre o ouvir músicas da esposa e a utilização do rádio apenas para saber as horas.

Esta ação interpretativa buscava desestabilizar o encontro não-diálogo, caracterizado pela “falta de reconhecimento e a dominação que isto acarreta – a perspectiva expressa no conhecimento do outro é negada e o reconhecimento permanece preso ao poder de um sistema de saber sobre o outro” (JOVCHELOVITCH, 2008 P. 241).

O conjunto de projeções não-dialógicas compreendia também a exacerbação de queixas apresentadas como emergentes e que determinariam a participação solícita e constante de sua esposa no território de um objeto a serviço das necessidades de seu cônjuge. Constitui-se um paralelo entre os desejos do paciente aprisionados no corpo doente e os desejos da esposa amarrados às suas imposições. A metáfora da castração (PENGA E RUMIN, 2008), envolveria a dinâmica familiar e potencializaria a agressividade como modelo de reprodução do vínculo familiar.

A agressividade fomentada pela cognição monológica, expõe os interlocutores do vínculo familiar a “um contexto intersubjetivo em que assimetrias no status e na valoração de sistemas de saber se tornam preponderantes e impedem a inclusão de perspectivas. O objetivo é impor sobre o outro a perspectiva do Eu” (JOVCHELOVITCH, 2008 p. 242).

A compreensão do outro como dignatário de sentimentos e de direitos foi empregada no campo discursivo criado pela visita familiar com o cuidado de não enfatizar a violência oriunda da cognição monológica. O sentimento de culpa decorrente da violência simbólica foi apenas abarcado como impulsionador da efetivação de atos reparatórios. A orientação ao estabelecimento de insight mantinha os sentimentos de culpa no espaço intrapsíquico impulsionando a polifasia cognitiva como ato reparador.

A polifasia cognitiva “refere-se, pois, a um estado em que diferentes tipos de saber, possuindo diferentes racionalidades, vivem lado a lado no mesmo indivíduo ou coletivo” (JOVCHELOVITCH, 2008 p.125).

A orientação da prática psicológica de analisar as representações na dinâmica familiar proporcionou a ruptura da ordem patógena presente na cognição monológica e orientou a efetivação da polifasia cognitiva. Incentivou-se a possibilidade de se fazer escolhas, a compreensão do outro como ser de diferenças e com direito de exercer sua cidadania mesmo em situação de vulnerabilidades físicas, econômicas ou sociais.

A constituição da autonomia frente a um estado melancólico

A expressão da relação de cuidados com os filhos constitui um quadro de perdas e ruptura de vínculos que compõe a melancolia desta cliente. No momento da primeira perda estava separada há seis meses. Ficou com a guarda de duas crianças com idade de 18 meses e 36 meses, respectivamente. Outros dois filhos que se aproximam da adolescência, passaram a morar com o pai após a separação. Alegava que estes últimos eram explorados pelo pai nos trabalhos domésticos e no tráfico de drogas. Além do distanciamento e preocupações com os filhos, relata que dois outros filhos haviam falecidos. O primeiro, no segundo ano de vida, havia se afogado em uma piscina que havia num antigo local de trabalho. O segundo a falecer estava com nove meses e passou a apresentar uma febre elevada com origem não identificada pelos serviços médicos. Afirma que a morte deste filho ocorreu por negligência médica e que desde então apresenta um estado depressivo que a impede de cuidar adequadamente dos filhos.

De acordo com Kóvacs (2002, p.154) “a morte como perda supõe um sentimento, uma pessoa e um tempo. É a morte que envolve, basicamente, a relação entre pessoas. Se ocorre de maneira brusca e inesperada tem uma potencialidade de desorganização, paralisação e impotência”.

A vivência maciça de impotência frente ao falecimento destes dois filhos é ampliada com a separação do marido. Esta perda impulsionou a tentativa de suicídio por três vezes, ingerindo grande quantidade de medicamentos. Kóvacs (2002) ressalta a ligação entre o suicídio e a melancolia, ao destacar o direcionamento da agressividade despertada pela perda do objeto contra si próprio. Haveria a ligação da libido anteriormente investida no objeto de amor com o próprio ego, num processo regressivo com características da fase oral narcísica.

O posicionamento subjetivo que demanda a condição de ser suprida dificulta a organização do contrato narcísico desta família. Este tipo de organização dos vínculos intersubjetivos garantem o investimento narcísico vital a cada membro da família e transmite a criança seu lugar de participação num grupo (KAES, 2005). A condição exposta neste caso vai além do sofrimento psíquico materno, pois, a desestabilização do contrato narcísico expõe os filhos à vulnerabilidade e risco social. Por isso a intervenção em Psicologia estaria acolhendo o sofrimento da mãe e promovendo a proteção das crianças.

A interpretação das perspectivas desejantes que envolveriam seu retraimento narcísico foi realizado com o intuito de constituir o reconhecimento de seus anseios. Esta ação

despertou a historização do abandono em sua família, ao relatar que também havia sofrido com o prejuízo ao contrato narcísico em sua infância. O momento crítico que se constituiu envolvia os pontos de identificação com sua referência materna. Esta identificação vivificava a posição despótica da mãe que abandona, que priva de afetos seus filhos e que se orienta as gratificações narcísicas singulares em detrimento do contrato narcísico da família. Aproximar-se destas representações numa prática psicoterápica guardava o risco de elevar ainda mais o ataque destrutivo contra o próprio ego.

Dimensionada tal situação crítica, orientou-se para a construção de um campo discursivo onde as sentenças interpretativas buscavam integrar aspectos idealizados que encontravam-se cindidos no ego melancólico. Seguiu-se a formação de compromissos que em espaços futuros, seu histórico de trabalho, sua formação profissionalizante e as estruturas de proteção social que a auxiliavam podiam potencializar uma outra condição. Conforme destaca Sawaia (2004 p. 114), “potencializar pressupõe o desenvolvimento de valores éticos na forma de sentimentos, desejos e necessidades. O valor ético abordado na proposição psicoterápica de proteção desta família seria a alteridade. Esta concepção se apóia nas contribuições de Santa Clara (2007, p. 148) que afirma: “o melancólico não sai de si, não se reconhece e, assim, não reconhece a alteridade do outro. Vive como escravo da busca de seu ideal”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As visitas domiciliares permitem a observação da ambivalência referente aos programas assistencialistas apontadas por Guareschi (2006). O autor destaca que além da doação de produtos concretos, os laços afetivos propiciados pelo assistencialismo não viabilizam a emergência do sujeito como ator social.

Dáí decorre a importância de se utilizar o pressuposto técnico da psicoterapia breve, de conduzir o indivíduo à organização de insights sobre sua vida e cotidiano. Assim, define-se a potencialidade do indivíduo observar-se nas relações intersíquicas e escolher os trajetos de sua individuação.

A interpretação, no pressuposto de dimensionar os aparatos qualificantes do cotidiano, pode interromper a lógica alienante da serialidade. Ao rompê-la, lança-se fundamentos para a materialização de um corpo que deseja. Entre uma e outra visita domiciliar a expectativa de trânsito, conforme proposto por Hermann (2001a) faz com que o indivíduo mobilize sua representação discursiva para explicitar as vivências ambientadas pelo contato com a atenção em Psicologia.

Os usos do corpo e das vinculações perdem a representação unívoca e revestem-se de pluralidades. O trabalho analítico de demover campos cristalizados e estagnados recria condições de escolha para o posicionamento em práticas fomentadoras da cidadania. Conclui-se afirmando que as visitas domiciliares estruturam-se como instrumento promotor de saúde mental ao focalizar-se em dispositivos dialógicos orientados ao reconhecimento da singularidade dos indivíduos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J. F. S. M. e SIMON, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. *Paidéia*, v. 19, n. 43, p. 167-175, 2009.

BRAIER, E. A. *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

BRASIL. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p.

BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

_____ *Simbiose e Ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.

_____ *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

CAMPOS, R. H. F. Psicologia Social Comunitária, da solidariedade à autonomia. Petrópolis: Vozes, 2006.

CASTELO FILHO, C. *O processo criativo: transformação e ruptura*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FRANÇA A. C. P. e VIANA B. A. Interface psicologia e programa de saúde da família (PSF): reflexões teóricas. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 26, n. 2, p.246-257, 2006.

GAMA, C. A. P.; KODA, M. Y. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 28, n. 2, p.418-429, 2008.

GUARESCHI, P. A psicologia social comunitária. In: CAMPOS, R. H. F. *Psicologia Social Comunitária, da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, 2006.

GUIRADO, Marlene. As regras do jogo psicanalítico - da ética e da política na Psicanálise. *Psicologia Ciência Profissão*, v. 11, n.1-4, 1991.

HERMANN, F. *O que é psicanálise: para iniciantes ou não*. São Paulo: Psique, 1999.

_____ *Andaimos do real: o método da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____ *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

JOVCHELOVITCH, S. *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes, 2008.

KAËS, R. Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KNOBEL, M. Psicoterapia: Comunicação verbal e não-verbal. *Estudos de Psicologia*, v.1, n. 2, 1984.

KÓVACS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R. e TRUPPEL, T. C. Atenção básica a saúde: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p.88-95, 2006.

LAHAM, C. F. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. *Psicologia Hospitalar*. v. 2, n. 2, p-0-0, 2004.

MÜLLER, F. G., BEIRAS, A.; CRUZ, R. M. O trabalho do psicólogo na mediação de conflitos familiares: reflexões com base na experiência do serviço de mediação familiar em Santa Catarina. *Aletheia*, n. 26, p.196-209, 2007.

OLIVEIRA, F. P.; XIMENES, V. M.; COELHO, J. P. L.; SARA, K. Psicologia Comunitária e Educação Libertadora. *Psicologia Teoria e Prática*; v. 10, n. 2, p.1-13, 2008.

PENGA, V. M.; RUMIN, C. R. Vivências afetivas e o sofrimento psíquico de mulheres hysterectomizadas. *Omnia Saúde*, v. 5, n.2, p.1-14, 2008.

PIETROLUONGO, A.P. C.; RESENDE, T. I. M. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.27, n.1, p.22-31, 2007.

PUSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C. e CHAVES, E. C. Modelos clínico e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. *Revista da Escola de Enfermagem*. USP, v. 40, n. 2, p.261-168, 2006.

RUMIN, C. R. e MUNHOZ, G. Atenção Psicoterápica em visita domiciliar pelo PSF. *Omnia Humanas*, v.1, n.1, p.39-45, 2008.

SANTA CLARA, C. J. S. Melancolia e narcisismo: a face narcísica da melancolia nas relações do eu com o outro. *Mental*, v.7, n.13, p.0-0, 2007.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.10 n.1, p. 220-227. 2008.

SAWAIA, B. B. Comunidade: A apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, R. H. F. *Psicologia Social Comunitária, da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, 2006.

SCARPARO, H. B. K. e GUARESCHI, N. M. de F. Psicologia social comunitária profissional. *Psicologia e Sociedade*, v.19, supl.2, p.100-108, 2007.

SEGAL, H. *Psicanálise, literatura e guerra: artigos 1972-1995*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

SOARES, T. C. A vida é mais forte do que as teorias: o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 25, n.4, p.590-601, 2005.

SOUSA, V. D.; CURY, V. E. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, supl.1, p.1429-1438. 2009.

SPINK, M. J. P. A formação do psicólogo para atuação em instituições de saúde. In SPINK, M. J. P, *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

XIMENES, V. M.; PAULA, L. R. C. de; BARROS, J. P. P. Psicologia comunitária e política de assistência social: diálogos sobre atuações em comunidades. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.29, n.4, p.686-699, 2009.